

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice JEANNEST

Né à Cambrai (Nord), le 11 janvier 1888
ancien externe des Hôpitaux de Paris

RÉACTIONS ABDOMINALES
AU COURS DES PNEUMOCOCCIES

Président : M. ROGER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. LANDOUZY.

Professeurs

Anatomie	MM. NICOLAS.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	N.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE.
Clinique médicale	ROGER.
Maladies des enfants	DEBOVE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	LANDOUZY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GILBERT.
Clinique des maladies du système nerveux	CHAUFFARD.
Clinique chirurgicale.	HUTINEL.
Clinique ophtalmologique	GILBERT BALLET.
Clinique des maladies des voies urinaires	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	DEJERINE
Clinique gynécologique	DELBET.
Clinique chirurgicale infantile	QUENU.
Clinique thérapeutique	RECLUS.
	HARTMANN.
	DE LAPERSONNE
	LEGUEU.
	BAR.
	PINARD.
	Ribemont-Dessaignes.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	LÉPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBÉ	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBRECOURT	TRIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECLÈNE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études nous sommes heureux d'offrir à tous nos maîtres l'hommage de notre reconnaissance. Tous ont contribué par leur enseignement de chaque jour à nous instruire de nos devoirs d'homme et de médecin.

MM. les professeurs agrégés Renon à l'hôpital de la Pitié et Schwartz à l'hôpital Cochin ont bien voulu guider nos premiers pas dans la carrière médicale et nous faire profiter de leur très grande expérience et de leurs brillantes leçons.

M. le professeur agrégé Marion nous accueillit comme externe dans son service à Lariboisière. Nous n'oublierons pas le précieux enseignement clinique qu'il nous prodigua sans jamais se lasser.

M. le docteur Siredey, dont nous fûmes l'externe pendant un an, nous fit, avec une grande amabilité, profiter de sa longue pratique. Nous le prions de voir en nous un élève reconnaissant qui gardera toujours le souvenir de sa grande bonté.

M. le docteur Wiart nous a permis de passer une année d'externat à la consultation de chirurgie de Saint-

Antoine. La science de diagnostic de ce maître nous a été des plus profitable.

MM. les docteurs Doléris, Cathala et Dubrisay furent nos maîtres en obstétrique et nous avons pu acquérir sous leur direction les notions indispensables à la pratique des accouchements.

M. le docteur Savariaud, à l'hôpital Trousseau, nous a appris combien l'art chirurgical comporte de science et d'habileté et nous garderons toujours le meilleur souvenir de l'aimable courtoisie avec laquelle ce maître voulut bien m'agréeer deux années durant dans son service.

Nous sommes heureux d'avoir pu profiter de l'enseignement du Dr Mesnard qui nous a fait connaître les principes de l'orthopédie.

Nous tenons aussi à remercier le Dr Zaepffel qui a bien voulu nous recevoir ces derniers temps à sa consultation d'oto-rhino-laryngologie.

Qu'il nous soit enfin permis au seuil de notre carrière médicale d'adresser tous nos remerciements à M. le docteur Triboulet qui nous a accepté dans son service comme externe et qui, nous ayant conseillé dans le choix de notre sujet, a bien voulu mettre à notre entière disposition les riches dossiers concernant ses malades. Nous ne saurions dire combien nous lui restons respectueusement reconnaissant.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Roger du grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

INTRODUCTION

La pneumonie est une affection assez fréquente chez les enfants, elle évolue habituellement de la façon la plus simple, aboutissant à la guérison au bout d'une période de huit à neuf jours.

Un enfant est pris subitement en pleine santé d'un frisson violent et prolongé, en même temps que sa température monte à 40°. Cette invasion brutale est le plus souvent accompagnée de vomissements. Peu de temps après, vers la fin du premier jour habituellement, l'enfant se plaint d'un point de côté très douloureux, que rendent encore plus insupportable les mouvements respiratoires et les vomissements. La percussion de la région pulmonaire qui est atteinte donne de la submatité, en même temps que l'auscultation permet de percevoir des râles crépitants fins qui éclatent vers la fin de l'inspiration.

Les jours suivants, les symptômes fonctionnels deviennent plus alarmants encore. Le point de côté devient peut-être un peu moins violent, mais le petit malade est en proie à une agitation violente. Sa face est brûlante, ses yeux sont brillants et la dyspnée lui cause une cruelle souffrance. Sa température se maintient autour

de 40°. Ses urines sont foncées et rares, riches en urée et en acide urique mais pauvres en chlorures. Dans la région malade, la matité est très accentuée. Il y a de la bronchophonie et la respiration prend un timbre rude qu'on nomme souffle tubaire.

Enfin, au bout de huit à neuf jours, ces symptômes bruyants cèdent tout à coup et en 24 heures parfois la température est revenue à la normale. Cette défervescence brusque est accompagnée de phénomènes de crise : sueurs, diarrhée, épistaxis et surtout abondante émission d'urine contenant une grande quantité de chlorures. Le petit malade entre aussitôt en convalescence. « La guérison complète, dit Barrier, arrive rapidement. »

Telle est l'évolution ordinaire de la pneumonie chez l'enfant. Elle comporte presque toujours un pronostic favorable et l'on peut dire que la guérison est la règle.

« C'est à peine si je pourrais être taxé d'exagération, a dit Cadet de Gassicourt dans ses leçons de clinique sur les maladies de l'enfance, en vous disant que la pneumonie franche guérit presque toujours chez les enfants de 2 à 15 ans. Je n'ai eu qu'un seul cas de mort sur 70 malades. »

Les statistiques de la plupart des auteurs se montrent toutes des plus optimistes (Rilliet et Sanné : 2 0/0 ; Comby : 3 0/0 ; Barthez : 6,94 0/0).

Mais, dans certains cas, la pneumonie peut suivre une marche tout à fait différente. C'est qu'en effet la pneumonie n'est pas une maladie purement locale mais bien la manifestation locale d'une infection généralisée pneumococcique. Le pneumocoque a de l'affinité pour le

poumon comme le gonocoque se localise plus volontiers sur les articulations, le bacille d'Eberth sur l'appareil de l'intestin grêle. Il peut venir aussi se fixer d'une façon plus ou moins intense sur le péritoine et le tractus digestif. Les symptômes et la marche de la pneumonie se trouvent alors modifiés d'une façon sensible.



CHAPITRE PREMIER

ORIGINE SANGUINE DE LA PNEUMONIE

Le pneumocoque se trouve toujours en assez grande quantité dans le naso-pharynx de tous les individus et en particulier des enfants. C'est dans la salive d'un enfant mort de la rage que Pasteur découvrit, en 1881, le pneumocoque. M. Netter a démontré que la salive de 20 0/0 des individus sains déterminait par inoculation des pneumococcies expérimentales. Le microbe peut, pour une raison quelconque se trouver mobilisé et gagner le poumon. L'on a longtemps supposé que le pneumocoque descendant le long de la trachée et des bronches pénétrait dans les alvéoles pulmonaires, pouvant ainsi envahir tout un lobe et donner lieu à une pneumonie lobaire franche aiguë.

Mais des travaux nombreux sur le pneumocoque et l'étude plus minutieuse des lésions qu'il produit au niveau des organes ont rallié à peu près tout le monde à une autre conception de la pathogénie de la pneumonie.

Actuellement, on est revenu à la théorie de l'école de Montpellier qui considérait la pneumonie comme la détermination locale d'une maladie générale.

Le pneumocoque ne gagnerait plus le poumon par la voie aérienne mais par la voie sanguine. Il se trouverait donc disséminé dans tout l'organisme avant de venir se fixer sur le poumon.

« Autrefois, dit le P^r Hutinel, on pensait que le pneumocoque descendait du larynx, de la trachée et des bronches pour se disséminer ensuite dans les alvéoles. Aujourd'hui on a dû abandonner cette interprétation pour ne plus admettre que l'hypothèse d'une septicémie se localisant plus particulièrement et d'une façon plus intensive sur le poumon. »

De nombreux arguments sont venus légitimer cette manière de voir. A l'appui de cette conception : pneumonie, maladie générale, l'on a pu apporter des preuves expérimentales et il est facile maintenant d'expliquer certains faits cliniques qui seraient peu compréhensibles si l'on admettait que le pneumocoque gagne le poumon par la trachée.

La pneumonie a pu être reproduite en injectant dans le sang du chien et de la souris des pneumocoques et, dans ces expériences, la pneumonie fut la seule localisation de cette pneumococcie (Joltrain).

De plus, assez souvent il est possible de trouver des pneumocoques dans le sang des individus atteints de pneumonie. Chalier et Creneau retrouvent le pneumocoque dans une veine atteinte de phlébite consécutive à une pneumonie. Cette recherche est assez difficile, surtout chez l'enfant. Au cours d'une pneumonie franche, elle est souvent négative parce qu'à ce moment le poumon a effectué un drainage à peu près complet et que

les pneumocoques se trouvent presque tous immobilisés dans le poumon. « La démonstration de la pneumococcie n'est pas facile, parce que la bactériémie n'a qu'une durée éphémère et disparaît dès que la localisation pulmonaire s'affirme (Hutinel). »

La transmission de la pneumonie de la mère au fœtus vient encore apporter une preuve de l'origine sanguine de la pneumonie. M. Netter a rapporté à ce sujet un cas très typique. Il s'agit d'une femme atteinte d'une pneumonie du sommet droit et qui, au cours de sa maladie, met au monde un enfant du sexe féminin. Cet enfant meurt le lendemain de l'accouchement et, à l'autopsie, on note l'existence d'une pneumonie du sommet du poumon droit. Un cas analogue a été rapporté par Marchand.

Dans un cas de Thorner un enfant né d'une mère atteinte de pneumonie est mort trois jours après sa naissance. Son poumon gauche était hépatisé dans son tiers inférieur.

Ainsi, il paraît établi que la pneumonie est une septicémie à localisation pulmonaire et nous ne pouvons nous dispenser pour conclure de reproduire un passage de l'article de MM. Landouzy et Griffon sur la pneumonie.

« La pratique systématique de l'hémoculture montre souvent chez le pneumonique le pneumocoque en circulation dans le sang... D'autre part, la clinique humaine nous permet de voir réaliser des pneumonies lobaires à pneumocoques qui, bien qu'évidemment d'origine sanguine, ne diffèrent en rien des pneumonies supposées d'origine aérienne. C'est ainsi qu'au cours de la trans-

mission intrautérine de la pneumonie de la mère au fœtus, ce dernier peut présenter des foyers de pneumonie lobaire typiques, tantôt isolée, tantôt liée à d'autres manifestations de la pneumococcémie... Envisagée de la sorte, la pneumonie franche aiguë nous apparaît comme la localisation métastatique par excellence de la septicémie pneumococcique. »

CHAPITRE II

DES CONDITIONS DANS LESQUELLES LE PNEUMOCOQUE PEUT DONNER LIEU A DES RÉACTIONS ABDOMINALES

Si le pneumocoque se fixe habituellement sur le poumon où il produit la pneumonie que nous avons décrite rapidement, il est des cas où le pneumocoque ne présente que peu de tendance à se localiser ou va se fixer sur d'autres organes, en particulier sur le péritoine.

Quelles sont les causes qui peuvent expliquer une localisation péritonéale du pneumocoque? Comment se fait-il que ce microbe puisse, dans certains cas, donner lieu à une réaction péritonéale allant parfois jusqu'à la suppuration?

M. Netter dans toutes les autopsies de pneumoniques a constaté la présence du pneumocoque sur le péritoine, alors même que celui-ci était intact et que le malade n'avait eu au cours de sa maladie aucune manifestation du côté de l'abdomen. La seule présence du pneumocoque n'est donc pas suffisante pour expliquer une réaction de la part du péritoine. On a également essayé de déterminer une péritonite par injection de pneumocoques dans le péritoine. Ces expériences tentées par Foa et Uffreduzzi ont été négatives, sauf dans un cas. Boulay qui avait

tenté également cette expérience eut un insuccès et cependant il avait provoqué une irritation préalable du péritoine à l'aide de quelques gouttes d'essence de térébenthine.

On a pensé qu'une lésion antérieure de la séreuse péritonéale pouvait intervenir dans la pathogénie de la péritonite pneumococcique. Gravit et Laruelle (1886) ont soutenu cette idée, mais l'expérience de Boulay nous a montré que l'irritation du péritoine est insuffisante pour expliquer la production d'une péritonite. Du reste, la clinique nous apprend que les péritonites pneumococciques se déclarent très souvent chez des sujets dont le péritoine n'avait subi aucune atteinte antérieure.

Le péritoine est très favorable à la culture du pneumocoque qui se plaît surtout dans un milieu organique et anaérobie. L'état de résistance du malade doit avoir une importance notable et les sujets débilités et affaiblis sont plus exposés que d'autres à des réactions péritonéales violentes.

Mais la principale cause de la péritonite pneumococcique paraît résider dans la virulence du pneumocoque. « Dans le cas d'infection pneumococcique, le principal facteur du développement de la péritonite est l'exaltation de la virulence et la rareté de cette complication ne tient précisément qu'à un défaut de virulence » (Cassaët).

Ainsi, la virulence du pneumocoque qui n'a pas été suffisamment atténuée par une localisation sur le poumon peut venir s'exercer sur le péritoine et y provoquer une réaction péritonéale primitive assez violente pouvant aller jusqu'à la péritonite; M. Netter nous a appris que

la pneumonie n'immunise l'organisme que pendant un temps très court et qu'au bout d'une quinzaine de jours, le pneumocoque récupère de nouveau sa virulence, pouvant se localiser dans un autre organe et donner lieu ainsi à des péritonites secondaires. La séreuse péritonéale, « si remarquable par son étendue et ses replis et présentant un des territoires les plus vastes de la circulation sanguine » (Dupré), se trouve donc exposée aux atteintes du pneumocoque, en raison même de son irrigation considérable et de la quantité énorme de sang qui la traverse.

Le tractus digestif, lui aussi, subit les atteintes de la pneumococcie et la diffusion septicémique se fait volontiers sur la muqueuse intestinale. Les infections sanguines en général déterminent des réactions intestinales, mais le pneumocoque en particulier se porte fréquemment sur l'intestin, à tel point que dans tous les cas de pneumococcies graves l'on note des lésions très accentuées pouvant aller depuis une simple congestion jusqu'à de véritables ulcérations de la muqueuse. Il est presque la règle de constater à l'autopsie des ecchymoses multiples sur l'intestin, surtout dans la région pylorique et duodénale et de trouver un gonflement très apparent des follicules clos. Notre maître le Dr Triboulet n'a rencontré que deux fois sur plusieurs centaines d'autopsies l'absence de toute lésion intestinale. Dieulafoy et ses élèves, notamment Gandy, ont remarqué la fréquence des ulcérations gastriques. Griffon a trouvé dans des autopsies de pneumoniques des ulcérations pyloriques et des hémorragies ponctiformes. Tourtoulis Bey a parlé,

au Congrès de médecine de Paris de 1900, d'entérites ulcéreuses pneumococciques. Porak a vu un ulcère intestinal avec péritonite en faisant l'autopsie d'un enfant d'un mois mort de péritonite.

Richet fils a parlé dans sa thèse « des entérites par éliminations microbiennes ou toxiques » et a montré que le pneumocoque peut provoquer des réactions intestinales notables.

En résumé, la pneumonie à l'heure actuelle peut être considérée comme une septicémie à localisation pulmonaire.

Dans la pneumonie franche, le drainage est immédiat et total. Dans certains cas, la fixation du pneumocoque ne se fait pas ou ne se fait que très imparfaitement. Celui-ci peut aller sévir sur le péritoine et la muqueuse intestinale d'une façon plus ou moins intense, donnant alors à la pneumonie une allure clinique anormale.

Ce sont ces formes de pneumococcie que nous allons passer en revue.

Nous étudierons d'abord les cas où le drainage se fait presque totalement sur le péritoine et sur l'intestin, aboutissant à la péritonite purulente. Parmi ces péritonites nous distinguerons les péritonites enkystées primitives, de beaucoup les plus fréquentes, puis les péritonites enkystées secondaires, enfin les péritonites généralisées.

Nous passerons ensuite aux septicémies pneumococciques dans lesquelles les réactions péritonéales, sans aller jusqu'à la suppuration, sont assez bruyantes pour modifier d'une façon notable la marche de la maladie.

Ce sont les pneumonies débutant par un point de

côté bas, accompagnées de vomissements et dont les symptômes appartiennent aussi bien à l'appendicite qu'à la pneumonie.

De là, nous aborderons les formes traînantes de la pneumococcie avec manifestations thoraciques peu bruyantes, accompagnées de phénomènes abdominaux importants : diarrhée, ballonnement du ventre, douleurs abdominales pouvant simuler la fièvre typhoïde.

Enfin, nous rapprochant peu à peu du type : pneumonie franche, nous décrirons des pneumonies accompagnées de phénomènes intestinaux très violents : à savoir une diarrhée intense.

Nous insisterons plus particulièrement sur la signification de cette diarrhée et son importance au point de vue du pronostic. Et ainsi nous serons revenus à la pneumonie franche après avoir été, par étapes successives, de la péritonite à la pneumonie.

CHAPITRE III

PÉRITONITES PNEUMOCOCCIQUES

Les péritonites pneumococciques ont été regardées pendant longtemps comme une exception parce que le contrôle bactériologique n'était fait que très rarement.

Actuellement, on en connaît un grand nombre de cas, surtout chez les enfants.

Les péritonites les plus fréquentes sont les péritonites enkystées. Elles sont la plupart du temps primitives et se terminent généralement par la guérison sans complications après évacuation spontanée ou chirurgicale de l'abcès. Il en est cependant qui sont suivies de localisations du pneumocoque sur d'autres organes et en particulier sur le poumon. Comme telles, elles doivent être considérées comme de véritables septicémies pneumococciques et non comme de simples lésions locales. Du reste, la diarrhée qui les accompagne presque toujours montre que le péritoine n'est pas seul intéressé et que l'organisme tout entier est sous le coup de l'infection.

L'évolution des péritonites primitives enkystées est à peu près toujours la même.

Le début est brusque comme celui de la pneumonie.

Il est annoncé par « un véritable point de côté abdominal » (Dieulafoy). L'enfant est surpris en pleine santé. Dans une observation de Sevestre, l'enfant était surpris au milieu de son repas par une douleur abdominale violente. Dieulafoy a vu le début se produire tout à coup au milieu de la nuit.

Cette douleur subite est suivie presque aussitôt de vomissements alimentaires puis bilieux qui se répètent fréquemment. La diarrhée se remarque presque toujours. Cette diarrhée caractérise la péritonite à pneumocoques, puisque dans les autres infections du péritoine, la constipation est la règle. « Douleurs abdominales, diarrhée, vomissements constituent le début de la péritonite à pneumocoques. Il importe de le bien retenir. On ne retrouve ce syndrome au complet dans aucune maladie abdomino-péritonéale » (Dieulafoy).

La fièvre apparaît dès ce moment, mais elle n'est pas très vive, oscillant autour de 38°. Ces symptômes bruyants semblent au bout de 20 heures perdre de leur violence. Ils existent toujours mais à un degré beaucoup moindre.

La température est voisine de 39°. Les douleurs abdominales sont moins vives et les vomissements deviennent plus rares ou cessent même complètement. On pense souvent à ce moment à la fièvre typhoïde, comme on le note dans de nombreuses observations (Brun, Brault d'Alger, Walther, Broca) et dans une observation de Galliard que nous reproduisons.

Mais si les symptômes deviennent plus rassurants, l'infection pneumococcique n'en continue pas moins à évoluer d'une manière insidieuse. Parfois même la fièvre

a pu disparaître brusquement comme dans la pneumonie (Pochon). La tuméfaction du ventre augmente mais la matité se localise généralement au voisinage de l'ombilic. Bientôt, si l'on n'est intervenu chirurgicalement, l'ombilic rougit, se déplisse et finit par livrer passage à du pus en quantité parfois considérable (jusqu'à 3 litres et plus). Cette ouverture spontanée s'effectue environ 4 ou 5 semaines après le début de la péritonite et se termine par une véritable vomique péritonéale (Dieulafoy).

L'ouverture se fait, en général, un peu au-dessous de l'ombilic ou tout au moins à travers la paroi abdominale antérieure. On l'a vu très rarement d'ailleurs se faire par le vagin (Pochon). Dans quelques cas, le liquide péritonéal n'ayant pas de tendance à s'extérioriser ou ne pouvant se livrer passage à travers la paroi abdominale, le petit malade dépérit rapidement. Le ventre devient de plus en plus volumineux : l'enfant maigrit, se cachectise et succombe bientôt avec tous les symptômes d'une péritonite tuberculeuse.

La péritonite pneumococcique primitive présente une certaine analogie avec la pneumonie ; son début est brusque et bruyant, son évolution toujours la même, ses complications rares. Cassaët a beaucoup insisté sur cette ressemblance.

« On ne peut en présence de ce début éviter d'établir un rapprochement instructif entre la péritonite primitive à pneumocoques et cette autre infection typique : la pneumonie. Comme dans cette dernière et peut-être plus même, nous retrouvons, en effet, la soudaineté du début, le point de côté que représente la douleur abdomi-

nale, les mêmes vomissements bilieux, la même fièvre; seul le frisson est moins intense... Des trois périodes de la péritonite, les deux premières seules sont calquées sur la pneumonie. La troisième diffère par une évolution un peu plus lente, que permet de comprendre la diversité des situations anatomiques où se trouvent placés le poumon et le péritoine. Si les premiers peuvent se désemplir par la voie bronchique des exsudats qui les encombrant, le péritoine fermé de toutes parts est obligé de conserver les produits formés. »

Mais, dans la pneumonie la virulence du microbe a disparu au moment de la défervescence. Dans la péritonite, au contraire, l'exsudat reste très longtemps virulent, comme l'ont démontré les inoculations aux animaux. (Netter).

De plus, si le début brusque des deux affections présente une certaine ressemblance, la durée de la péritonite est beaucoup plus longue et la marche de la température tout à fait différente.

OBSERVATION I

(Galliard : Société médicale des hôpitaux, 14 novembre 1890.)

Résumée.

Fille de 11 ans 1/2. Pneumonie à 3 ans, rougeole à 5 ans, bronchite à chaque hiver. A reçu un coup de pied dans le ventre quelques jours avant le début de sa maladie.

Début le 26 juillet par une vive douleur du côté gauche du ventre. Cette douleur est bien généralisée, puis vomissements, épistaxis, fièvre et abattement.

Entre à l'hôpital Trousseau le 1^{er} août : état typhoïde : température : 40°. Pouls à 116, petit ; langue saburrale, amaigrissement, céphalalgie, prostration ; ventre ballonné et douloureux, ni gargouillements, ni taches rosées, rate normale, bronchite disséminée. On fait le diagnostic de fièvre typhoïde au 7^e jour.

Dans les jours qui suivent, les vomissements cessent et la température est à 38°. Mais l'enfant a de l'inappétence, de la diarrhée jaune, liquide, très fétide, de l'agitation, du délire. Son ventre est ballonné et douloureux.

6 août. — La température est à 37° 8, le pouls à 92. L'état général est meilleur. Moins de délire, diminution de la diarrhée mais ballonnement et submatité.

Diagnostic : péritonite tuberculeuse.

11. — Le ventre a augmenté de volume. Il y a de la matité

à la région inférieure de l'abdomen. Mauvais état général. Constipation. Signes de péricardite.

16. — Circulation veineuse abdominale. Fluctuation à la région sous-ombilicale.

20. — Signes de pleurésie à gauche. Frottements puis submatité. Souffle voilé puis diminution des vibrations.

25. — Jalaguié fait la laparotomie sous-ombilicale. Il sort un pus verdâtre, crémeux, dont on estime la quantité à 5 litres environ. Lavage à l'eau boriquée et drainage.

28. — Souffle, râles sous-crépitaux, submatité aux 2 bases. Toux, dyspnée, pouls faible, langue sèche.

29 et 30. — Cyanose, dyspnée, hypothermie.

31 août. — Mort à 10 heures du soir.

Autopsie : L'épiploon divise l'abdomen en deux loges : l'une antérieure contenant du pus, la seconde postérieure contenant les anses intestinales sans trace de pus.

Broncho-pneumonie suppurée à gauche.

Netter trouve le pneumocoque dans le pus. Il n'y a ni gonocoque ni tuberculose.

La péritonite enkystée n'est pas toujours primitive et, dans quelques cas, on l'a vue se produire au cours d'une pneumonie. Son début est insidieux et marqué par les symptômes de la pneumonie qui évolue. Elle se déclare « sans bruit, comme une véritable pleurésie métapneumonique », ainsi que l'a fait remarquer Cassaët, et c'est avec surprise qu'un jour, en examinant le ventre du malade, on s'aperçoit qu'il existe un peu au-dessous de l'ombilic, puisque c'est là le lieu d'élection de la péritonite enkystée,

une poche remplie de pus sur le point de perforer la paroi abdominale.

OBSERVATION II

(Rosenthal : Thèse de Paris, 1900.)

Fille de 4 ans et 3 mois. Entre dans le service du Dr Gran-cher le 13 mars 1899. L'enfant a pris froid 6 semaines auparavant et est mal portante depuis.

3 mars. — Douleurs dans le ventre, délire, vomissements. Reste alitée toute la semaine. Présente de la fièvre.

Le 10, commence à tousser. Se plaint de la poitrine.

A son entrée, on trouve du côté gauche de la poitrine de la matité et du siffle qui persistent jusqu'au 17 mars.

Le 15, ponction du poumon. La sérosité retirée donne à la culture du pneumocoque. Apparition de râles et de submatité dans le poumon droit. A partir du 17 mars, les signes pulmonaires n'existent plus que du côté droit. La broncho-pneumonie n'est guérie que le 18 avril.

Dès son entrée, l'enfant présente un muguet intense qui ne guérit que le 8 avril. Pendant l'évolution de la broncho-pneumonie, des abcès se développent en différents points du corps (cuir chevelu, mains, fesses, cuisses). Ce sont des abcès à staphylocoques dorés. Dès le 4 avril, on constate que l'enfant est très amaigri et présente un ventre ballonné. Pas de diarrhée.

Le 10, ventre très ballonné. Apparition d'ascite légère.

Le 18, ascite considérable, ombilic déplissé; un peu de rougeur dans la région sous ombilicale.

Le 22, Brun fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. Issue d'une quantité considérable de pus crémeux et sans odeur. Le pus est contenu dans une espèce de vaste cavité limitée par la paroi abdominale en avant et en arrière les anses intestinales ramassées en paquet. Lavage de la cavité à l'eau bouillie. Drainage avec deux gros drains. Pansement.

Le 24, température, 37°. Pouls, 128. Bon facies, pas de vomissements.

Le 16 mai, l'enfant sort guérie de l'hôpital. L'examen bactériologique du pus avait montré l'existence de pneumocoques.

Péritonites généralisées. — Bien autrement redoutable est la péritonite généralisée. Elle peut être primitive ou secondaire.

Le début de la péritonite généralisée est généralement brusque. Le malade présente d'emblée des symptômes de péritonite : douleurs abdominales, vomissements, fièvre. La diarrhée se rencontre dans la plupart des cas.

Rapidement, l'état du malade devient très alarmant et dénote une intoxication profonde de l'enfant. Le facies est péritonéal : nez pincé, yeux excavés, traits tirés. L'agitation et l'angoisse sont extrêmes. La langue devient rapidement sèche, pendant que les vomissements épuisent le malade. Il existe une dissociation énorme entre le pouls et la température : le pouls est à 150 tandis que la température n'est qu'à 38°. Le ventre est quelquefois

plat et souple mais le plus souvent il est ballonné et tendu.

L'évolution est très rapide et l'état devient vite désespéré. L'enfant succombe bientôt par collapsus cardiaque. La mort survient parfois en 24 heures dans la péritonite septique diffuse avant que le pus n'ait eu le temps de se former. Dans la péritonite purulente, la mort est plus tardive. Elle peut ne se produire qu'au 6^e ou 7^e jour. Le malade a même quelques chances de guérir si l'on fait rapidement une laparotomie.

OBSERVATION III

(M. Triboulet : in Clinique, 20 septembre 1911.)

M. Angèle, 60 ans.

Le 15 janvier entrain dans le service du Dr Triboulet une enfant de 6 ans. Elle était malade depuis 9 jours, souffrant violemment du ventre avec vomissements bilieux et diarrhée profuse ayant duré 48 heures. La malade avait gardé le lit depuis le début de ces accidents. Les parents avaient noté une forte fièvre. Depuis 4 jours, elle avait été prise de dyspnée et de toux.

A l'entrée, sa température est de 39°. Son pouls est à 145. Sa dyspnée attire plus particulièrement l'attention. La malade est cyanosée. Sa langue est sèche et fuligineuse. L'auscultation ne permet d'entendre que des râles muqueux disséminés dans

la poitrine et une légère élévation de tonalité sous la clavicule droite.

L'examen de l'abdomen donne plus de renseignements. On le trouve météorisé avec circulation collatérale sur les flancs. Il est immobile dans les mouvements respiratoires. La palpation réveille de la douleur avec défense musculaire très marquée et généralisée. La percussion ne donne pas de matité même dans les flancs. L'examen de la malade provoque à chaque instant des nausées et des vomissements.

16 janvier. — L'état général est à peu près le même. La dyspnée est assez marquée. La malade est toujours cyanosée et présente le facies péritonéal. Elle a de la diarrhée bilieuse jaune verdâtre. La température est de 40°. L'abdomen est aussi tendre et douloureux. Comme seul signe nouveau, on trouve à la base du thorax, à droite, une zone de matité remontant presque jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. A ce niveau, il y a une diminution de l'expansion thoracique et la respiration est diminuée. Il n'y a ni râles, ni souffle, on fait une hémoculture.

17 janvier. — Même état général. La température est descendue à 37°,8 le matin, mais le soir, elle est de 40°. Le pouls est toujours rapide mais bien frappé. La matité thoracique a dépassé l'angle de l'omoplate. Il n'y a pas de souffle à la limite de la matité mais on entend des frottements nets. L'hémoculture a donné des pneumocoques et l'examen d'un crachat recueilli à l'aide d'un abaisse-langue a révélé la présence du pneumocoque.

18 janvier. — Le matin, l'état général est plus mauvais. Le visage est cyanosée et grippé. La dyspnée est très accusée. Il n'y a rien de nouveau à noter du côté de l'abdomen. La

matité thoracique remonte au-dessus de l'épine de l'omoplate. Il y a du skodisme sous-claviculaire droit. A la base gauche, il y a de la submatité. Les frottements deviennent plus nets surtout en arrière et latéralement.

Le soir, à la base droite, il y a un souffle inspiratoire et expiratoire aigu avec râles crépitants fins au sommet. Le pouls est rapide mais bien frappé.

19 janvier. — Mauvais état général. L'enfant est très agitée. Il y a de l'hypéresthésie. Tirage sous-sternal. Râle trachéal. Gros râles muqueux dans toute la poitrine. La respiration est à 68 et le pouls à 150. La matité à droite a gagné presque toute la hauteur du thorax. L'enfant meurt dans la nuit.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate l'existence d'une péritonite purulente généralisée avec prédominance dans la région du petit bassin. Une anse intestinale apparaît violacée et engainée de dépôts fibrineux.

Le lobe inférieur du poumon droit est carnifié. La moitié supérieure du lobe supérieur droit est splénisée. Enorme adénopathie similaire. Il y a quelques ganglions de l'autre côté. On remarque quelques zones légèrement splénisées dans le poumon gauche.

La rate est grosse, charnue sans amas lymphoïdes visibles à l'œil nu.

Le foie est énorme avec dégénérescence diffuse.

Les reins sont très volumineux, congestionnés, violacés avec dégénérescence diffuse.

La bile, légèrement hématiche, très visqueuse, un peu colorante.

Le tractus digestif présente une petite ecchymose sous-pylorique et une autre très étendue dans la région watérienne.

La région duodéno-jéjunale est fortement imprégnée de bile. Tout le segment iléal est indemne. Il n'y a pas de plaques de Peyer. A quelques centimètres de la valvule iléo-cœcale, on remarque quelques ecchymoses transversales discrètes. Les amas lymphoïdes sont aplatis. L'appendice présente de petites plaques de sphacèle sur tout le cul-de-sac. Elles sont noirâtres, ayant l'aspect gangréneux. Les amas lymphoïdes ont le même aspect que dans l'iléon.

Examen histologique. — Au niveau d'une de ces plaques, toute la muqueuse est complètement détruite jusqu'à la nappe lymphoïde. Celle-ci est considérablement proliférée. De nombreuses traînées de cellules rondes disposées autour des vaisseaux dissocient les fibres musculaires circulaires et s'infiltrent jusque sous la séreuse. Les vaisseaux sont sains. La muqueuse en dehors de ces plaques est réduite à quelques culs-de-sac glandulaires qui présentent tous les caractères de la nécrose de coagulation. Le reste de l'appendice est normal.

Examen bactériologique (Gram-Eosine).

Tous les microbes prennent le gram. On les trouve superficiellement à la partie la plus interne de la couche lymphoïde.

Ils sont de 3 ordres :

Perfringens probables.

Ramosus.

Pneumocoques très nets mêlés aux précédents que l'on trouve aussi un peu plus profondément au milieu des amas lymphoïdes. On n'a pas trouvé de microbes dans les vaisseaux.

OBSERVATION IV

(M. Triboulet, in Clinique, 29 septembre 1911.)

S. Albert, 11 ans.

Entré le 21 octobre 1910 à l'hôpital Trousseau. Depuis 4 jours, l'enfant était abattu et se plaignait de la tête et de l'estomac; il avait des vomissements fréquents et présentait de la constipation.

On est frappé par son abattement. Il a un faciès péritonéal. Sa température est de $37^{\circ},6$ et son pouls à 88 est régulier et bien frappé. Son ventre est souple, un peu douloureux. A l'examen, on ne trouve qu'un peu de matité à la base du poumon gauche. La rate est un peu grosse.

Le 24 octobre, la température est de $38^{\circ},6$. Le pouls est régulier et bien frappé (96). La douleur à la pression de l'abdomen est un peu plus forte. Le malade a de la diarrhée (4 selles). Il y a toujours de la matité à la base du poumon gauche, mais à la base du poumon droit, on trouve un foyer de pneumonie caractérisé par une zone de submatité et un souffle tubaire.

Le 30 octobre, la défervescence s'effectue, mais la température ne tombe pas de suite à la normale et ce n'est que le 1^{er} novembre qu'elle revient à 37° . Cependant le ventre de l'enfant est resté douloureux et un peu ballonné et la diarrhée persiste. L'enfant quitte l'hôpital. L'allure de cette pneumonie avait été si peu franche et les symptômes abdo-

minaux si douteux que l'on avait fait, le 27 octobre, un séro-diagnostic qui fut négatif.

Un mois plus tard, l'enfant était admis de nouveau dans le service présentant les mêmes symptômes qu'il y a un mois, mais beaucoup plus marqués du côté de l'abdomen.

Le 8 décembre, on le fait examiner chirurgicalement. Le ventre est très ballonné et très douloureux. Le faciès est nettement péritonéal. Le pouls est incomptable et presque imperceptible. La température est à 36°,5. On l'opère d'urgence à 10 heures du soir le même jour. La cavité abdominale était remplie de pus.

L'enfant est sorti guéri le 6 janvier.

Le diagnostic des péritonites pneumococciques peut être entouré de difficultés puisque souvent, l'on est obligé de recourir à l'examen bactériologique pour reconnaître la nature du pus.

La péritonite enkystée primitive est relativement plus facile à reconnaître, car les symptômes bruyants et particuliers qui signalent le début de l'affection attirent forcément l'attention du médecin sur l'abdomen. « Douleurs abdominales, vomissements et diarrhée constituent un syndrome que l'on ne retrouve nulle part au complet dans aucune autre maladie abdomino-péritonéale » (Dieulafoy).

Cependant, il est des cas où le diagnostic peut être hésitant.

L'appendicite est l'affection qui simule le mieux et le plus longtemps la péritonite enkystée. Le début est à peu près le même dans les deux cas : vomissements,

douleurs abdominales, fièvre. Cette analogie est encore plus grande quand la péritonite est localisée du côté droit du ventre. Cependant, il est un symptôme que l'on voit rarement dans l'appendicite : c'est la diarrhée assez intense qui accompagne généralement la péritonite pneumococcique. Elle existe d'une façon très nette dans nos deux observations de péritonite enkystée.

Au moment où l'épanchement purulent commence à se produire, on peut se demander si cette collection n'est pas d'origine appendiculaire. Le siège de l'abcès donnera dans la plupart des cas des renseignements suffisants. On peut dire que l'ouverture de la péritonite pneumococcique au dessous de l'ombilic est la règle. Cependant, une position paraombilicale de l'appendice pourra donner naissance à un abcès ombilical. De même, la péritonite pneumococcique pourra s'ouvrir loin de l'ombilic, puisque l'on a rapporté un cas où l'ouverture s'était faite dans le triangle de Scarpa (Hagenbach) simulant une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. La consistance de l'abcès appendiculaire et pneumococcique n'est pas la même. Dans le premier, on a plutôt la sensation d'un plastron assez résistant ; dans le second on a une sensation très nette de fluctuation. De plus, après l'évacuation de l'abcès, la paroi abdominale reste souple dans le cas de péritonite à pneumocoque, dans le cas d'abcès appendiculaire, elle garde un certain empatement.

Les péritonites enkystées secondaires évoluent insidieusement et avec lenteur et l'on s'aperçoit quelquefois de leur existence seulement au moment où le pus est prêt à perforer la paroi abdominale, comme dans une

observation de Pochon où « l'enfant, sans avoir attiré l'attention du côté de son abdomen, perdit tout à coup par l'ombilic une énorme quantité de pus jaune verdâtre, bien lié, inodore ».

Très souvent, la péritonite secondaire prend les apparences d'une péritonite tuberculeuse. A la période d'état, surtout si l'enfant se présente avec un ventre volumineux et une circulation collatérale sur les flancs, s'il a maigri rapidement et s'il est porteur de lésions tuberculeuses dans d'autres organes (poumons, adénopathie, cicatrices d'abcès froids) on le considère presque toujours comme porteur d'une péritonite bacillaire.

Mais le ventre des tuberculeux donne à la palpation une sensation toute particulière. On remarque des zones de matité et de sonorité, de l'empâtement, des irrégularités (gâteaux péritonéaux) qui facilitent le diagnostic. L'ombilic est saillant mais son ouverture est exceptionnelle et lorsqu'elle se produit, elle donne issue à un liquide séro-purulent contenant quelquefois des matières fécales.

Lorsque la péritonite pneumococcique présente des symptômes atténués, il arrive souvent qu'on la confonde avec la fièvre typhoïde. Un enfant arrive à l'hôpital, il a le ventre ballonné modérément, de la diarrhée, un état d'abattement prononcé, quelquefois un peu de bronchite aux deux bases. On est tenté d'en faire un typhique. Mais la péritonite suivant son cours, certains symptômes s'accroissent et l'on est forcé de se rallier au diagnostic de péritonite. Les vomissements, les douleurs abdominales et le ballonnement prennent une importance exagérée

pour une dothiéntérie. La rate reste normale et le séro-diagnostic est négatif.

Les phlegmons sous-péritonéaux de la paroi abdominale ont une certaine analogie avec les péritonites. Ils laissent un meilleur état général et sont accompagnés de troubles vésicaux. Les vomissements sont plus rares.

On a signalé l'existence de péritonites streptococciques primitives. Une observation de Lorrain nous montre combien sa marche peut se rapprocher de celle de la péritonite pneumococcique. Dans certains cas, il peut y avoir des commémoratifs pouvant faire soupçonner la nature de l'infection. Presque toujours, l'examen du pus seul pourra en montrer la nature.

Le diagnostic des péritonites généralisées à pneumocoques n'est pas toujours aisé. On les confond généralement avec les péritonites d'origine appendiculaire. La rareté des péritonites pneumococciques est pour beaucoup dans le nombre des erreurs commises mais à cette raison vient s'ajouter la similitude à peu près complète des symptômes.

La péritonite pneumococcique n'a pas une évolution aussi rapide. La constipation y est rare. Mais, ce n'est guère que par l'examen du pus que l'on peut affirmer la nature de l'infection.

Du reste, dans les péritonites pneumococciques, l'appendice n'est pas toujours indemne, et l'on sait maintenant qu'il peut être infecté par des microbes venus par voie sanguine. « Il me paraît incontestable, a dit M. Brun, qu'une infection de nature quelconque retentît fréquemment sur l'appendice. » M. Jalaguier, en 1896, a décrit

des appendicites d'origine morbilleuse ; Merklin et Faisans, en 1897, des appendicites d'origine grippale ; Briouval et Fischer en ont vu se produire à la suite d'une angine ; M. le professeur Widal a décrit une appendicite mortelle à colibacille. « La topographie des lésions était superposable à la distribution des vaisseaux du cœcum et de l'appendice. »

Nous avons exposé une observation (III) de péritonite à pneumocoques. L'appendice était porteur de lésions très graves et put y déceler la présence du pneumocoque. L'on voit donc que dans certains cas, le diagnostic entre péritonite à pneumocoque et appendicite n'est pas à faire, puisque l'une et l'autre peuvent se trouver associées chez le même individu.

Lorsque la péritonite pneumococcique se déclare chez des petites filles atteintes de vulvo-vaginite gonococcique, l'on est fortement tenté dans ce cas de croire à une infection du péritoine par le gonocoque venu par les voies génitales.

Mais si le début est le même dans les deux cas, l'évolution est différente. Au bout de 3 ou 4 jours, les symptômes inquiétants du début s'atténuent quand l'infection est de nature gonococcique. Cette amélioration n'est pas constante et l'on a signalé des cas où l'infection aboutissant à la suppuration et prenant une marche suraiguë, les malades étaient rapidement emportées. Une péritonite à pneumocoques peut s'évacuer spontanément par le vagin et le médecin qui visite l'enfant à ce moment notant un écoulement vulvaire, jaune verdâtre et des signes d'épanchement péritonéal est à peu près toujours en-

traîné vers le diagnostic de péritonite gonococcique.

Les péritonites par perforation se reconnaissent par l'évolution et surtout par les commémoratifs du malade. L'état antérieur des autres organes : foie, estomac, intestin, attirera l'attention du médecin sur l'un ou l'autre de ces viscères.

Dans l'étranglement interne, il existe du ballonnement du ventre, des vomissements et surtout des selles glaireuses et sanguinolentes en cas d'invagination. Mais à cette diarrhée du début fait bientôt place de la constipation et les vomissements deviennent rapidement fécaloïdes.

De plus, l'absence de température rend bien invraisemblable l'existence d'une péritonite, bien que certaines infections à forme suraiguë puissent évoluer sans fièvre et même avec hypothermie.

CHAPITRE IV

PNEUMONIES A FORME PSEUDO-APPENDICULAIRE AU DÉBUT

Très souvent, chez l'enfant, le point de côté de la pneumonie au lieu de siéger au niveau du mamelon est situé très bas au-dessous de l'ombilic et le malade attire l'attention du médecin non pas sur le thorax mais sur son abdomen. En effet, à l'examen de l'enfant, on est frappé des symptômes abdominaux qu'il présente : point douloureux abdominal, vomissements, ballonnement du ventre. La palpation réveille de la douleur au niveau du point de Mac Burney et, les vomissements aidant, on est tenté de considérer le petit malade comme étant atteint d'appendicite. En présence de phénomènes abdominaux aussi violents, surtout si la douleur siège à droite, le diagnostic est souvent bien embarrassant. Il n'est pas rare de voir arriver dans les services de médecine, de jeunes malades dont la pancarte porte le consentement des parents à l'opération et qui ont été renvoyés de chirurgie parce qu'une pneumonie se déclarant subitement était venue à temps éclairer le diagnostic.

Le D^r Loygue a décrit un cas très typique concernant un soldat. Le D^r Vladimir de Holstein a rapporté dans

le bulletin médical des observations de ce genre recueillies par M. H. Benneke, à Iéna.

« Il s'agissait d'un garçon âgé de 10 ans, pris brusquement de céphalalgie avec douleurs intenses du côté droit de l'abdomen et fièvre dépassant 39°, mais sans diarrhée ni symptômes appréciables du côté des poumons. Le ventre était très ballonné, très sensible à la pression, surtout à droite où, au niveau du cœcum, on percevait du gargouillement. On pratiqua une appendicectomie mais l'appendice fut trouvé sain. On constata un léger épanchement séreux dans la cavité péritonéale. Mais la fièvre diminua, sans disparaître cependant, et quelques jours après, on put déceler au lobe supérieur du poumon gauche un foyer pneumonique parfaitement caractérisé par les signes habituels. A aucun moment on n'avait remarqué chez le malade ni toux, ni point de côté, ni expectoration quelconque. »

Le même auteur rapporte également l'observation d'un enfant de 14 ans opéré pour appendicite. L'appendice était sain mais une pneumonie se déclara 2 jours après. M. le P^r Hutinel a publié des observations de pneumonies simulant l'appendicite à leur début.

Nous en reproduisons une :

« Il y a 4 jours entrain dans notre service un enfant que l'on croyait atteint d'appendicite. Fiévreux, le pouls fréquent, il présentait une matité de la base du poumon droit dont les râles et le souffle ne permettaient pas de douter qu'il eut une pneumonie. La partie inférieure de l'abdomen semblait au palper légèrement empâtée. La fosse iliaque droite était sensible. La vessie se vidait mal.

Simple réaction péritonéale tributaire de la pneumonie, pensai-je, qui, selon toute invraisemblance, ne tarderait pas à se dissiper. Le lendemain, en effet, elle se dissipait. »

Dans une de nos observations (VII), il s'agit d'un petit malade qui fut envoyé en chirurgie pour appendicite puis passé en médecine lorsqu'on s'aperçut qu'il s'agissait en réalité d'une pneumonie. Celle-ci eut du reste une marche tout à fait anormale et une durée insolite simulant celle de la fièvre typhoïde.

Il est donc fréquent de voir chez l'enfant, au début de la pneumonie, le péritoine réagir d'une façon assez violente, et si cette réaction tourne généralement au court, son importance au point de vue du pronostic n'est pas, à notre avis, à dédaigner. La violence des symptômes abdominaux semble être en rapport avec la virulence du microbe. Les pneumonies à début pseudo-appendiculaire sont des déterminations intenses de la maladie. Elles nous semblent indiquer que la localisation du pneumocoque a de la peine à s'effectuer et que le microbe hésite à se fixer soit sur le poumon, soit sur le péritoine. Deux observations du D^r Triboulet sur trois concernaient des pneumonies doubles, bien qu'ayant débuté par un seul point abdominal douloureux à droite. Dans l'une de nos observations (IV) de péritonite pneumococcique généralisée, il s'agissait d'un petit malade dont la pneumonie avait débuté par un point de côté abdominal. Un mois plus tard se déclarait une péritonite généralisée à pneumocoques qui nécessitait une intervention d'urgence.

Les pneumonies à point de côté abdominal violent

semblent donc devoir attirer l'attention du clinicien qui doit toujours se méfier d'une complication abdominale plus ou moins tardive.

L'appendicite et la pneumonie présentent, ainsi que nous venons de le voir, un début à peu près semblable et, dans certains cas, il est difficile, même pour un médecin exercé, de se prononcer en faveur de l'une ou de l'autre de ces deux affections. Le diagnostic doit être fait cependant dans le plus bref délai. Existe-t-il quelques signes permettant de distinguer l'appendicite de la pneumonie ?

Certaines nuances dans l'intensité des symptômes principaux : fièvre, vomissements, permettent quelquefois de faire le diagnostic.

La fièvre dans la pneumonie est généralement plus élevée que dans l'appendicite. Le pouls est plus en rapport avec la température, plus vibrant, plus régulier chez le pneumonique. Le vomissement chez l'enfant atteint de pneumonie est plus dramatique, plus solennel. Il devient presque de suite bilieux, tandis que dans l'appendicite, il ne se montre bilieux que bien plus tard.

Enfin, l'attitude du malade peut être de quelque intérêt. Le malade atteint d'appendicite se présente le plus souvent allongé. Le pneumonique soulage sa dyspnée thoracique en se couchant latéralement en chien de fusil.

Dans des cas très rares où il existe de la constipation, le ballonnement du ventre, les vomissements fréquents, l'absence absolue de selles peuvent faire penser à l'occlu-

sion intestinale et nous reproduirons deux observations du Dr Triboulet, concernant des enfants envoyés en chirurgie pour y être opérés d'urgence, alors qu'ils étaient en réalité sous le coup d'une pneumonie à laquelle ils succombèrent rapidement. A l'autopsie, l'on découvrit l'existence d'une pleurésie purulente à pneumocoques et des lésions très minimales du péritoine.

OBSERVATION V

(M. Triboulet, in Clinique, 23 février 1912.)

B. M., enfant de 4 mois 1/2.

Malade depuis deux jours, entre à la crèche de l'hôpital Trousseau pour amaigrissement. La température est de 38°,4 à l'entrée, puis défervescence assez brusque, léger ressaut à 38° le septième jour et détente à 36°,8. Cet incident subaigu est suivi d'une phase de cachexie progressive de 15 jours avec maxima thermiques à 37°,2 et quelques minima à 35°,5.

Dans les quatre derniers jours, oscillations entre 36° et 37°,6 et une fois à 38°.

L'enfant a pris le facies de l'atropsique, bien que son poids initial de 3 kilogrammes se soit maintenu et bien qu'à quelques selles vertes du début aient succédé des selles demi-molles, jaunâtres, au nombre de 2 à 3 par jour. L'alimentation a consisté en eau de riz à raison de 120 grammes, avec adjonction progressive de lait : 20, 30, 40 grammes.

Aucun signe particulier n'a attiré l'attention sur le thorax et on est d'autant plus autorisé à penser à un fait de cachexie digestive que, dans les deux derniers jours, on voit le ventre se ballonner en même temps que s'établit une constipation opiniâtre qui ne cède à aucun lavage d'intestin. Le ballonnement est si marqué que le diagnostic d'occlusion intestinale s'impose. Nous n'osons recourir à la sanction opératoire en raison de la faiblesse de l'enfant qui, du reste, succombe dix heures après.

A l'autopsie, nous découvrons une pleurésie purulente gauche qui était restée méconnue et l'examen du pus ne laisse aucun doute sur la nature pneumococcique de cette complication. A part une congestion très vive des organes abdominaux, notamment du foie et de la rate, nous n'avons pas découvert de lésions de péritonite constituée.

OBSERVATION VI

(M. Triboulet, in Clinique, 23 février 1912.)

D. Emile.

Il s'agit d'un bel enfant de 11 mois, nourri au sein et qui à peine remis d'un léger mouvement fébrile attribué à la dentition aurait été pris, le 23 décembre, de fièvre avec vomissements. Dès le dimanche 24, le ventre est ballonné. Le lundi 25, arrêt des selles et le mercredi 27, l'enfant est amené mourant et cyanosé en chirurgie pour occlusion intes-

tinale. Toutefois, en raison de la souplesse relative de l'abdomen bien que tendu, en raison d'une matité thoracique du 1/3 supérieur du côté gauche et en arrière, les internes en chirurgie hésitent à intervenir et viennent nous demander un avis médical.

Nous concluons à une pneumococcie et nous complétons le diagnostic de pleurésie purulente. Or, la ponction du thorax ramène un liquide sinon purulent, du moins fort louche, jaune urine, trouble, dans lequel l'examen sur lame révèle le pneumocoque en grande abondance.

L'enfant meurt rapidement dans le collapsus et l'autopsie confirme de tous points le diagnostic porté.

Pleurésie avec énorme dépôt de fibrine à gauche. Coque pleurale de 2 à 3 centimètres d'épaisseur. Poumon carnifié. Grosse adénopathie similaire.

Thymus congestionné.

Epanchement péricardique notable de 8 à 10 centimètres cubes.

Rate rose vif à réaction lymphoïde violente.

Reins congestionnés.

Foie ferme, congestionné avec vagues îlots de dégénérescence et surtout bile fluide presque blanche, nulle au Gmelin et au Petenkofer distendant la vésicule et pathognomonique de la septicémie à pneumocoques.

Les parois abdominales avec un aspect blanc, dépoli, le péritoine viscéral congestionné dénotent bien la participation de la séreuse abdominale à la septicémie diffuse sans que l'intestin lui-même ne révèle rien de particulier.

Le frottis sur lames, l'inoculation à la souris avec le liquide pleural confirmèrent d'une façon incontestable le

diagnostic clinique de septicémie diffuse à pneumocoques.

Liquide pleural : frottis ; pneumocoques ; culture d'eau peptonée, la culture de 24 heures est trouble. Les frottis montrent des diplocoques : cocci en chaînettes et à grappes prenant le Gram.

Inoculation à la souris : environ 1 centimètre cube sous-cutané : mort en 24 heures ; les frottis du sang, du cœur et de la rate montrent des pneumocoques typiques.

Bile et thymus. Frottis, pas de pneumocoques.

Liquide péricardique. Frottis, polynucléaires.

Coupes des poumons et de la plèvre : pneumocoques.

Ainsi donc, voilà encore une manifestation des réactions du péritoine au cours de la pneumococcie. On voit combien ses symptômes sont trompeurs, puisque dans les deux observations on avait pensé à l'intervention chirurgicale. Dans le premier cas, l'état de faiblesse du malade arrêta seul le chirurgien, dans le second, la découverte fortuite d'une zone de matité au niveau du tiers supérieur du poumon gauche permit d'éviter une opération intempestive.

Si ce syndrome d'occlusion intestinale présente un intérêt au point de vue du diagnostic, il semble bien qu'il ne soit pas d'un bien grand secours au point de vue du traitement, puisque dans les deux observations, les malades succombèrent dans un temps très court.

CHAPITRE V

PNEUMOCOCCIES A FORME TRAÎNANTE TYPHOÏDE

Il existe une autre forme de pneumococcie affectant à la fois le péritoine et l'intestin, à la vérité moins fréquente, mais que nous avons pu remarquer à plusieurs reprises dans le service du D^r Triboulet. C'est la pneumococcie à allure traînante rappelant la fièvre typhoïde.

Le malade est amené à l'hôpital avec tous les symptômes de la dothiéntérie. Il présente un état d'abattement très prononcé et son habitus extérieur ressemble à s'y méprendre à celui d'un typhique. « A ce moment, le malade présente un état général tel (stupeur, adynamie, température) qu'il donne l'impression d'un typhique à la période d'état » (Chevrel).

Lorsque l'on interroge l'enfant, il montre son abdomen qui est ballonné et douloureux à la pression. Il est en proie à une diarrhée intense, ayant jusqu'à 12 selles par jour, comme nous avons pu le noter dans une de nos observations. Si on l'ausculte, on ne trouve aucun symptôme pouvant faire penser à la pneumonie. Quelquefois, l'on entend des râles de bronchite aux bases. Et cet état se prolonge 10 jours, 16 jours dans une observation de

Chevrel, 20 jours dans une observation de Joltrain, concernant un adulte. Comby a publié également l'observation d'une pneumonie à forme typhoïde chez un enfant qui a duré 20 jours. Pour achever de dérouter le clinicien apparaissent au même moment des taches rosées ressemblant d'une façon frappante à celles que l'on est habitué à voir chez les typhiques. Plusieurs observations mentionnent l'existence de ces taches rosées. Lafforgue les a trouvées chez un artilleur hospitalisé au Val-de-Grâce. Le malade « présentait des taches rosées de forme lenticulaire, papuleuses, s'effaçant par la traction, simulant à s'y méprendre l'exanthème de la dothiéntérie. » Rousselot les a vues chez un enfant de 5 ans au début d'une pneumonie à forme abortive. On trouve dans la thèse de Jeandin une observation analogue. Dans l'observation (IX) elles sont également notées.

Au bout de cette longue période, apparaît un foyer de pneumonie avec tous ses symptômes cliniques. A ce foyer en succède un second, puis un troisième et lorsque le poumon ne présente plus aucun signe anormal, la température n'est pas encore descendue à 37°. Elle ne tombe que très lentement, le plus souvent par oscillations, comme dans la fièvre typhoïde.

En présence de ces symptômes, on fait le séro-diagnostic qui est négatif et l'examen du sang montre parfois la présence du pneumocoque.

Nous avons pu recueillir, grâce à la bienveillance du Dr Triboulet, quelques observations de pneumococcie à

forme typhoïde dans lesquelles la courbe de la température, les symptômes simulent la fièvre typhoïde. L'absence complète de tout signe fonctionnel du côté du poumon rend bien invraisemblable l'existence d'une pneumonie centrale et il est plus logique d'admettre une longue phase de septicémie pneumococcique avec réactions abdominales précédant la fixation tardive du pneumocoque sur le poumon.

La première observation concerne un enfant de 6 ans.

OBSERVATION VII

(Observation due à l'obligeance du D^r Triboulet.)

R. Paul entre à Trousseau le 21 juillet 1908, se plaignant du ventre et de la tête. Il venait de chirurgie, où l'on avait cru à une appendicite. Depuis le 17, il était fiévreux au dire de ses parents. Aucun signe n'attirait l'attention du côté de ses poumons. L'enfant n'avait jamais toussé.

Le jour de son entrée, il a 39°,8. Son ventre est ballonné et douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche. A l'auscultation on trouve quelques râles de bronchite aux deux bases. Les urines présentent des traces d'albumine. La rate est normale.

Du 21 au 23, la température monte par oscillations ascendantes jusqu'à 40°,5. On procède à une hémoculture qui est négative.

Depuis le 22, l'enfant avait présenté de la diarrhée, ayant 3 selles par jour en moyenne.

Le 23, la température a atteint son apogée. Jusqu'au 29, elle oscille entre 39°,5 et 40°,5.

Le 29, on fait un séro-diagnostic. On n'obtient qu'une agglutination très légère et très lente au 1/30.

Enfin, le 31, à l'auscultation on trouve un foyer de pneumonie à gauche, le long du bord interne de l'omoplate, vers le tiers inférieur.

On fait un nouvel examen du sang. L'hémoculture est encore négative.

La pneumonie évolue normalement et l'enfant sort guéri quelques jours après.

OBSERVATION VIII

(Observation due à l'obligeance du Dr Triboulet.)

L. Sylvienne, 6 ans.

Entre à l'hôpital le 16 avril 1911. Elle était malade depuis 6 jours et souffrait depuis ce temps de douleurs abdominales et de céphalée avec épistaxis et vomissements.

Le jour de son entrée, elle a 40° et la température se maintient à ce niveau du 16 au 21. Pendant tout ce temps, on ne peut déceler du côté de l'appareil pulmonaire qu'une légère diminution de la sonorité à la base gauche en arrière et en avant avec quelques râles fins après avoir fait tousser l'enfant.

Le 20 avril, l'enfant est prise d'une diarrhée intense qui durera jusqu'au 29. Elle a jusqu'à 12 selles par jour.

Le 21, une pneumonie se déclare au sommet droit et l'on entend un souffle tubaire très net mais pas de râles. Le 29, on note l'apparition d'une otite gauche.

La température continue à être très élevée jusqu'au 5 mai où elle commence à baisser lentement.

L'enfant quitte l'hôpital le 22 mai.

OBSERVATION IX

(Observation due à l'obligeance du Dr Triboulet.)

P. René, 8 ans 1/2.

Entre à l'hôpital parce qu'il souffre de la tête et du ventre. Depuis 10 jours, il avait de la fièvre avec vomissements et diarrhée.

Au moment où l'enfant entre à l'hôpital, il a 40°. Il est très abattu et se plaint avec insistance de la tête.

A l'examen, l'abdomen est souple mais on provoque des gargouillements dans la fosse iliaque droite. La rate est nettement augmentée de volume. Aux poumons, il y a des râles sibilants disséminés. Enfin, signe important, on trouve des taches rosées sur le ventre.

Du 13 au 17, l'état reste à peu près stationnaire, cependant la température a un peu baissé. Elle n'est qu'à 38°, 9 le 17. Mais elle remonte le 18 (39,°8). Ce jour, l'abdomen est légèrement ballonné et douloureux surtout à gauche. La rate est

toujours grosse ; les taches rosées existent toujours. Au cœur apparaissent de nouveaux symptômes. Le premier bruit est assourdi surtout à la base, le second est un peu claqué. Le cœur prend un rythme fœtal.

Le même jour, on découvre un foyer de pneumonie à gauche et quelques frottements aux deux bases. Le pouls est un peu mou à 120. Les urines sont foncées mais assez limpides. A la face externe des genoux, on remarque un léger piqueté hémorragique. A la région moyenne de la face antéro-externe de la cuisse gauche apparaît une plaque érythémateuse de la largeur d'une paume de main, légèrement saillante, de coloration rouge framboisée. Cette plaque disparaît à la pression. Il y a des plaques semblables aux épaules mais beaucoup moins larges. On donne à l'enfant 2 grammes de chlorure de calcium. Les érythèmes disparaissent le 22.

Pendant ce temps, la pneumonie avait suivi son cours et, à partir du 19, la température est descendue par oscillations jusqu'à la normale qu'elle n'atteignait que le 24. En présence d'une pneumonie à allure aussi anormale on avait fait un sérodiagnostic qui fut négatif.

Dans ces trois observations, nous avons vu les signes pulmonaires précédés pendant plusieurs jours d'un état infectieux mal défini et rappelant la fièvre typhoïde.

Dans les cas de ce genre, le séro-diagnostic nous paraît être le seul moyen permettant d'éliminer la dothiéntérie et il devra être pratiqué toutes les fois qu'il y aura doute.

CHAPITRE VI

PNEUMONIES AVEC DIARRHÉE

La pneumonie normale évolue dans la plupart des cas (90 0/0 : statistique du service du D^r Triboulet) sans diarrhée. Cependant celle-ci peut exister au moment de la défervescence comme phénomène critique de même ordre que la décharge urinaire. Cette diarrhée ne peut être considérée alors comme un symptôme anormal.

Dans certaines pneumonies, la diarrhée, au lieu de se produire seulement au moment de la crise, peut se prolonger pendant plusieurs jours, résistant à tous les traitements. On ne se trouve plus alors en présence d'un signe de bon augure annonçant la convalescence, mais au contraire devant un symptôme à peu près certain de pneumococcie dont les suites sont toujours à redouter. La diarrhée, bien que ne présentant pas de gravité par elle-même, a cependant une grande valeur au point de vue du pronostic de la maladie. Elle semble liée très étroitement avec la marche qu'elle doit suivre et elle a à ce point de vue un intérêt de tout premier ordre.

Dans une pneumonie franche, le poumon seul doit être intéressé, la muqueuse intestinale restant intacte et tout phénomène insolite se produisant du côté de l'intes-

tin doit faire craindre une dissémination du pneumocoque dans tout l'organisme, et une virulence particulière de ce microbe.

Nous avons été frappés à l'hôpital de voir combien grande était l'importance de ce signe et chez presque tous les malades atteints de diarrhée, en dehors de la défervescence, nous avons vu survenir des complications telles que des otites, des pleurésies purulentes, des arthrites suppurées.

Si l'on examine d'un peu plus près ces selles diarrhéiques l'on s'aperçoit qu'au lieu de donner au papier de tournesol une réaction alcaline, comme cela a lieu dans la normale, ces selles ont une réaction nettement acide.

La réaction du sublimé acétique que notre maître, le Dr Triboulet, a mise en valeur donne des renseignements précieux. Chez les sujets dont la muqueuse intestinale est intacte, le liquide qui baigne le dépôt inférieur du tube à essai est trouble et présente une coloration rosée. Dans le cas de diarrhée infectieuse à pneumocoques, le liquide est presque limpide ou à peine trouble et le dépôt, au lieu d'être rose, présente une teinte grisâtre et quelquefois « blanc mastic ».

Dans le cours de la rougeole, surtout dans le milieu hospitalier, il n'est pas rare de voir se déclarer des infections secondaires, dont beaucoup sont dues au pneumocoque, (otites, pleurésies purulentes). Notre maître, le Dr Triboulet, a soumis à une étude coprologique systématique tous les sujets atteints de rougeole et a remarqué l'association presque fatale de la diarrhée et des infections secondaires.

« La diarrhée est infiniment plus fréquente dans la rougeole anormale et si, aux inflammations pulmonaires, se joint une entéro-colite alors elles deviennent nécessairement mortelles » (Rillet et Barthez).

On peut objecter que la diarrhée est due à un écart de régime, mais l'on sait qu'à l'hôpital les enfants ont tous la même alimentation et que la visite des parents est soumise à un contrôle sérieux.

La saison d'été où sévit le catarrhe saisonnier ne peut être incriminée, car, contrairement à ce que l'on pourrait prévoir, les diarrhées cette époque sont beaucoup plus rares au cours de la rougeole.

La diarrhée chez les rougeoleux est-elle due au réveil d'une ancienne crise d'entérite ? Nous ne le croyons pas, puisque nous avons pu voir de petits malades de la crèche atteints d'entérite s'améliorer au bout de quelque temps puis, étant frappés par la rougeole, on ne voyait pas reparaître de troubles intestinaux.

Il nous apparaît donc qu'il existe une relation entre la diarrhée et la gravité d'une pneumonie. « Il n'est pas indifférent qu'un pneumonique ait ou n'ait pas de la diarrhée » et nous pouvons conclure que l'apparition de ce symptôme dénote une gravité toute particulière de la maladie.

Dans l'observation que nous exposons, le malade est resté constipé pendant les deux premiers jours de son arrivée, puis subitement se déclara chez lui une violente diarrhée que ne purent atténuer ni le régime sévère auquel il fut soumis, ni la médication. Peu de temps après, il fut opéré d'une pleurésie purulente.

OBSERVATION X

(Observation due à l'obligeance du D^r Triboulet.)

H. René, 4 ans.

Arrive à l'hôpital Trousseau le 20 juillet 1909. Il était malade depuis la veille et souffrait d'un violent point de côté à droite.

A l'entrée, sa dyspnée est extrême. La température est à 39°. L'auscultation montre l'existence d'une pneumonie du sommet du poumon droit avec souffle tubaire que l'on entend sur presque toute la hauteur du poumon. On donne à l'enfant des bains à 30°.

Le jour de son entrée et le jour suivant le malade ne va pas à la selle et le soir du deuxième jour, on lui administre un lavement. L'enfant a une selle. A partir du 22, c'est-à-dire le troisième jour, il a plusieurs selles diarrhéiques (6 dans la journée du 27) bien qu'on ne lui eut donné comme toute alimentation que de l'eau de riz.

Le 28, on trouve de la matité à la base du poumon droit.

Le 31, la matité est absolue et remonte jusqu'à l'angle de l'omoplate. Le murmure vésiculaire est aboli à ce niveau. L'enfant est sans nul doute atteint de pleurésie purulente. On le conduit dans le service de chirurgie où on l'opère le 3 août.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Nous avons vu combien variées étaient les réactions du péritoine et du tractus intestinal vis-à-vis du pneumocoque. La conduite à tenir est différente suivant la forme de pneumococcie à laquelle on a affaire.

Quand on se trouve en présence de symptômes évidents de péritonite, qu'elle soit enkystée ou généralisée, il faut recourir de suite au traitement chirurgical.

Même si l'existence de la péritonite n'est pas bien certaine, il ne faut pas hésiter devant l'opération, car l'on connaît la gravité de la péritonite généralisée et l'on sait que la seule chance de salut par le malade est la laparotomie.

Dans le cas de péritonite enkystée, la simple ponction ou l'incision de la poche paraissent insuffisantes, car la présence de fausses membranes peut produire une rétention de pus. Il faut donc faire une laparotomie suivie de drainage qui doit être surveillée avec soin.

Les autres formes de pneumococcies abdominales nécessitent un traitement médical.

Les pneumonies à forme diarrhéique, ou thyphoïde, ou à début pseudo-appendiculaire peuvent se terminer par

la guérison sans être accompagnées de complications. Mais il n'en reste pas moins que « notre attention doit se porter sur ces faits pour y voir sinon une attaque, du moins une escarmouche à surveiller ».

Aussi, à côté du traitement local agissant plus particulièrement sur le foyer de pneumonie et consistant en médication révulsive et antiphlogistique (ventouses, bains sinapisés, enveloppements froids), doit-on faire intervenir un traitement agissant sur les pneumocoques épars dans le sang. Ce n'est pas tant la lésion locale : pneumonie qui doit nous préoccuper. C'est surtout l'élément septicémique que l'on doit combattre.

Pour arriver à ce but, on peut se servir de plusieurs méthodes.

Les piqûres d'huile camphrée sont déjà un moyen commode et rapide. Mais on peut chercher à augmenter la résistance de l'organisme vis-à-vis du pneumocoque en provoquant une hyperleucocytose. Les injections hypodermiques d'essence de térébenthine à raison de 1 centimètre cube semblent arriver à ce résultat. Cette méthode, dont les succès ne sont pas constants, n'a pas seulement un but thérapeutique. Elle peut aussi signaler au médecin l'état de résistance du sujet et, lorsque l'abcès de fixation ne se forme que tardivement ou même ne se produit pas, on peut porter un pronostic sévère. L'absence de pus au niveau de l'infection annonce la haute virulence d'un microbe évoluant sur un terrain mal préparé à la résistance.

On peut combattre directement le pneumocoque en infectant dans le sang des médicaments qui, tout en étant

nuisibles pour le microbe, « maintiennent les forces individuelles de manière à leur permettre de lutter contre l'action envahissante et destructive du parasite ».

Les métaux colloïdaux semblent remplir cette condition. Le collargol et l'électrargol ont déjà de nombreux succès à leur actif et ont fait leurs preuves dans des septicémies graves. Injectés dans le sang, ils font disparaître rapidement les pneumocoques qui s'y trouvent.

Nous avons vu notre maître, le D^r Triboulet, employer le collargol régulièrement dans les cas de septicémie pneumococcique et bien souvent nous avons noté une baisse de la température à la suite de l'injection.

Le collargol peut être injecté dans les muscles, mais lorsque l'on veut agir rapidement le mieux est de l'injecter dans une veine.

On l'emploie sous forme de solution étendue à 1 centigramme pour 10 grammes, à raison de 5 ou 10 centimètres cubes par injection. Cette dose pourra être répétée chaque jour, ou de 2 en 2 jours, ou plus rarement suivant les indications.

Grâce à la toxicité de ce corps pour le pneumocoque et à l'influence heureuse qu'elle exerce sur les centres leucopoiétiques, on peut, à l'aide de collargol, espérer atténuer l'intensité de l'infection et il est permis de supposer que ce moyen thérapeutique est capable de limiter les localisations du microbe et d'enrayer dans une certaine mesure les complications inhérentes à sa révi-viscence.

A côté de ce traitement par les métaux colloïdaux, il est certaines précautions à prendre chez les pneumo-

niques. Il est important de ménager le tractus digestif. Le pneumonique assimile difficilement les graisses et la caséine. Il faut donc s'abstenir de lui donner de la nourriture solide et même diminuer la ration de lait. Il faut éviter d'administrer des purgations, car l'intestin et l'appendice, qui sont toujours menacés au cours d'une pneumococcie, doivent être l'objet des plus grands ménagements.

En résumé, si l'on doit agir de préférence sur les lésions locales, il est indispensable de lutter contre le pneumocoque au moment où, en circulation dans le sang, il est susceptible d'apporter de nouveaux désordres dans l'organisme et d'y produire de nouvelles complications.

CONCLUSIONS

Le pneumocoque se localise dans la très grande majorité des cas sur le poumon, à l'exclusion des autres organes y produisant une pneumonie franche aiguë, affection généralement bénigne chez l'enfant.

Il peut aussi, dans certaines conditions, rester en circulation dans le sang, donnant lieu à des réactions plus ou moins intenses de la part du péritoine et de l'intestin.

Ces réactions peuvent être d'une violence extrême et aboutir à une péritonite aiguë.

Elles peuvent être moins vives mais par leur importance elles donnent à la pneumonie une allure toute particulière, les phénomènes thoraciques atténués ou tardifs étant presque entièrement masqués par des symptômes abdominaux surajoutés.

On peut distinguer trois formes principales de pneumococcies abdominales, celles-ci pouvant coexister ou se succéder chez le même individu.

1. Forme pseudo-appendiculaire au début avec syndrome abdominal très violent.
2. Forme typhoïde à allure traînante et ambiguë.
3. Pneumonies accompagnées de diarrhée.

Entre les types pneumonie franche et péritonite, nous voyons qu'il existe des intermédiaires permettant de passer de l'un à l'autre.

Dans le cas de péritonite généralisée, même lorsqu'il subsiste un doute sur sa réalité, il faut se tenir prêt à intervenir chirurgicalement ; mais souvent l'intoxication de l'organisme est telle que l'enfant succombe, bien qu'ayant été opéré précocement.

Les péritonites enkystées sont aussi passibles de laparotomie suivie de drainage.

Dans les autres formes de pneumococcie que nous pourrions qualifier de mixtes, il convient d'exercer une surveillance sérieuse sur la séreuse péritonéale et de soutenir la force de résistance de l'organisme en sollicitant les réactions leucocytaires à l'aide du collargol ou d'abcès de fixation.

Vu, le président de la thèse,

ROGER.

Vu, le doyen,

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BARRIER. — *Traité des maladies de l'enfance*, 1845.
- BARTHEZ et SANNI. — *Maladies des enfants*, 1884.
- BLACKBURN. — De la péritonite à pneumocoques. *Thèse de Paris*, 1900.
- BOULAY. — Affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche. *Thèse de Paris*, 1901.
- BRAULT d'Alger. — In *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1897.
- BROCA. — In *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 21 octobre 1900.
- BRUN. — In *Presse Médicale*, 18 janvier 1896 et 27 février 1897.
- CADET de GASSICOURT. — *Leçons cliniques des maladies de l'enfance*, 1887.
- CARRIEU et ANGLADA. — Septicémie à pneumobacilles de Friedland, in *revue de Médecine*, 10 septembre 1912.
- CHALIER et CRÉMEAU. — In *Clinique Médicale*, 10 juillet 1912.
- CHEVREL. — Pyosepticémie pneumococcique prolongée, in *Progrès Médical*, 2 mai 1908.
- COMBY. — Péritonite à pneumocoques (*Maladies des enfants*, 1910) *Archives de Médecine des enfants*, février 1912.
- DAMASCHINO. — Des différentes formes de la pneumonie aiguë chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1867.
- D'ESPINE. — *La pneumonie lobaire de la première enfance*.
- DIEULAFOY. — *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898.
- DUPRÉ. — Article péritonite in *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, t. III, 1897.
- EPSTEIN. — In *traité des Maladies de l'Enfance de Grancher*.
- GALLIARD. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 14 novembre 1890.
- GANDY. — L'ulcère et la nécrose hémorragique des toxémies, *Thèse de Paris*, 1900.
- GRANCHER, COMBY, MARFAN. — *Maladies de l'enfant*, t. III.

- HUTINEL. — *Gazette des Hôpitaux*, 29 septembre 1908. *Revue Française de Médecine et de Chirurgie*, n° 8, 1912. *Bulletin Médical*, 3 février 1912.
- JEANDIN. — Contribution à l'étude de la septicémie à pneumocoques. *Thèse de Lyon*, 1906.
- JOLTRAIN. — Origine sanguine des pneumonies et bronchopneumonies. *Thèse de Paris*, 1911.
- KIRMISSON. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 8 mai 1895.
- LAFFORGUE. — *Gazette des Hôpitaux*, 28 novembre 1912.
- LAJOTTE. — De la péritonite à pneumocoques. *Thèse de Paris*, 1891.
- LANDOUZY et GRIFFON. — *In traité de Médecine de Gilbert et Thoinot*.
- LECOQ. — *Thèse de Paris*, 1893.
- LENORMANT et PIZON. — *Septicémie à pneumocoques avec location péritonéale*.
- LORRAIN. — *Presse Médicale*, 1898, 24 septembre, p. 177.
- LOYGUE. — Points douloureux et contracture de la paroi abdominale. *Presse Médicale*, 22 février 1908.
- MICHAUT. — Contribution à l'étude de la péritonite à pneumocoques chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1901.
- MOIZARD in LECOQ. — *Thèse de Paris*, 1901.
- MORISSE. — Contribution à l'étude de la péritonite à pneumocoques, *Thèse de Paris*, 1892.
- MOURIQUAND. — Sur quelques notions nouvelles touchant le pronostic et le diagnostic de la pneumonie infantile, *Progrès Médical*, 23 mars 1912.
- POCHON. — *Médecine Infantile*, 15 juin 1892.
- PORAK. — *Société de Pédiatrie*, 10 décembre 1912.
- PERRIN. — *Société Médicale de l'Elysée*, 7 octobre 1912.
- RATHERY. — Hémorragie intestinale mortelle dans un cas de pneumonie. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 19 juillet 1901.
- REMY et COURDAUX. — *Journal de clinique et de thérapeutique infantile*, 30 avril 1896.
- RILLIET et BARTHEZ. — *Maladies des enfants*, 1838, 1^{re} édition.
- RICHEL fils. — Etude clinique expérimentale des entérites. Les entérites par élimination microbienne ou toxique. *Thèse de Paris*, 1912.
- ROURRELOT. — *Pédiatrie*, 25 septembre 1912.
- SEVESTRE. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 23 mai 1890.
- THACHER. — Septicémie à pneumocoques (*Ann. Journ. Méd.*, 4 novembre 1905).

TRIBOULET. — *Syndrome péritonéal, Syndrome entéritique. Leur valeur dans la septicémie à pneumocoque*, 29 septembre 1911. *Pneumonie et syndrome appendiculaire initial*, 3 avril 1908. *Société Médicale des Hôpitaux*, 21 février 1913.

TOURTOULIS BEY. — *Congrès de Médecine de Paris*, 1900.

THÉMINÉ. — *Thèse de Paris*, 1898.

VLADIMIR de HOSTEIN IN BENNEKE. — *Medizinische Klinik*, 14 février 1909.

WALTHER. — *Société de Chirurgie*, 19 mai 1897.

WEILL. — *Maladies des enfants*, 1910.

WIDAL. — *Origine hématogène de certaines appendicites aiguës. Journal de Médecine interne*, 10 décembre 1912.

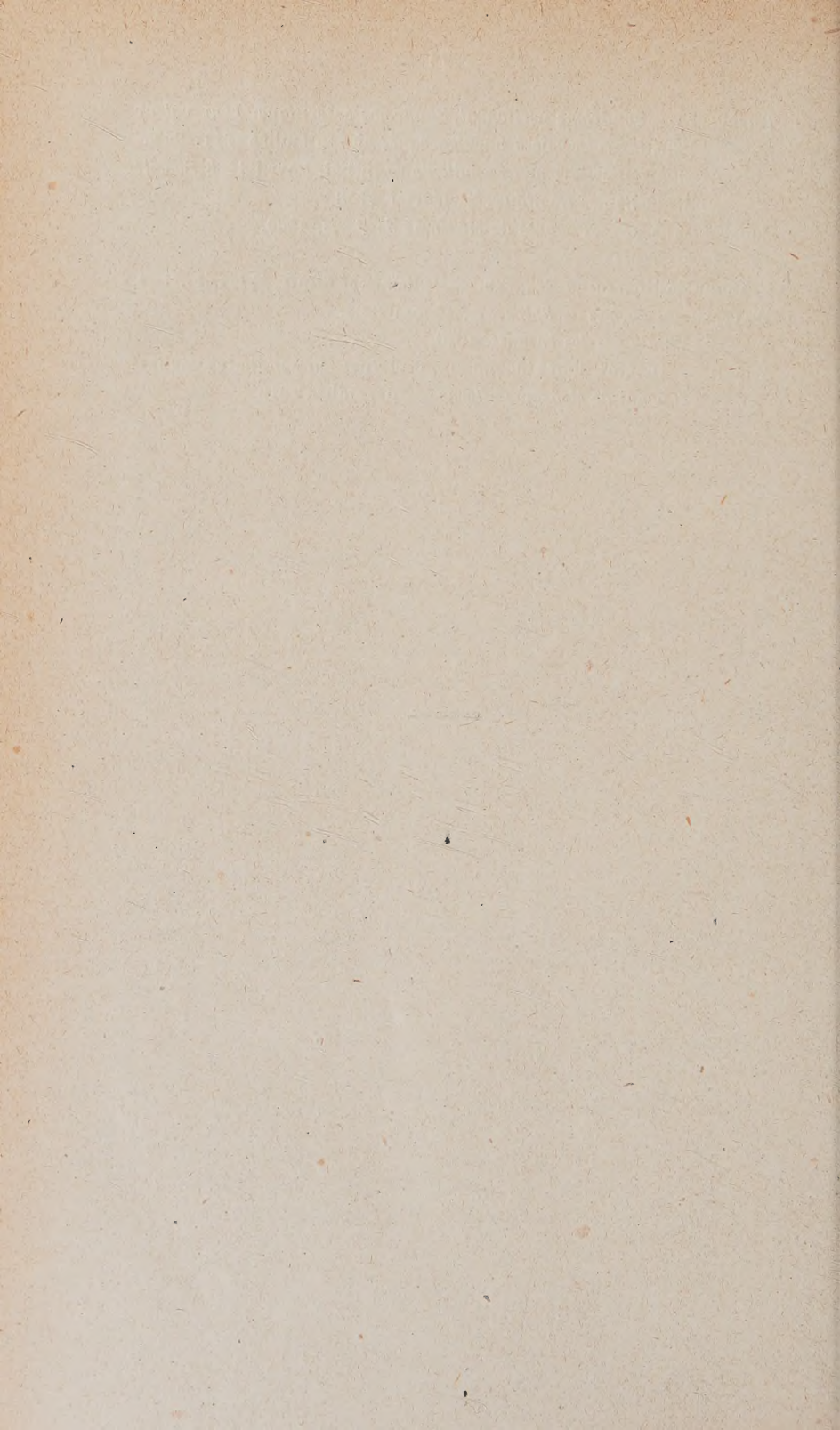


TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION.	3
CHAPITRE I. — Origine sanguine de la pneumonie	7
CHAPITRE II. — Des conditions dans lesquelles le pneumocoque peut donner lieu à des réactions abdominales . .	11
CHAPITRE III. — Péritonites pneumococciques	16
CHAPITRE IV. — Pneumonies à forme pseudo appendiculaire au début	36
CHAPITRE V. — Pneumococcies à forme trainante, typhoïde .	44
CHAPITRE VI. — Pneumonies avec diarrhée.	50
CHAPITRE VII. — Traitement.	54
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE	61
